

--	--	--	--	--

受診票
REGISTRATION CARD

年 月 日

フリガナ 氏名 Name	姓	名		男 M ・ 女 F
生年月日 Date of Birth	昭・平・	年	月 日 (才)	
住所 Address	〒 - TEL()			
緊急連絡先 In case of emergency notify	TEL()			
世帯主氏名 Household Head's Name		世帯主との続柄 Relationship		
勤務先又は学校名 Business	TEL()			
紹介者名 Introduced by		受診科 希望名	外科 ・ 内科 整形外科 ・ 小児言語 皮膚科 ・ 緩和ケア その他 ()	
この病院での受診は First Visit?	初めて Yes	以前にある No		

医療法人財団 愛泉会 愛知国際病院

* 小児言語外来は完全予約制です (病院代表 0561-73-7721)

* 受診日当日にお持ちいただくもの

1. 健康保険証
2. 各種医療受給者証
3. 受診票 (本票)
4. 小児言語聴覚療法問診票兼申込書
5. お持ちであれば、紹介状・お薬手帳など処方内容のわかるもの